

新型コロナウイルス抗原キットのご案内

※価格は全て税抜です。

SARSコロナウイルス抗原キット

イムノクロマト法で新型コロナウイルス抗原を10分で検出。

SEKISUI



ラピッドテスト SARS-CoV-2

- ・製造販売元/積水メディカル株式会社
- ・貯蔵方法/2~30℃
- ・判定時間/10分
- ・検体/鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- ・有効期間/12カ月(製造後)
- ・承認番号/30300EZ00050000

1テストあたり
800円
(税抜)

注文コード: **053-868**

10テスト入
1箱 **8,000円**(税抜)

POINT

別売のラピッドテストFLU・NEXT、ラピッドテストRSV・アデノ・NEXTと検体希釈液の共用が可能です。
(ラピッドテストFLU・NEXT、ラピッドテストRSV・アデノ・NEXTの検体希釈液は、ラピッドテストSARS-CoV-2ではご使用いただけません)

イムノクロマト法により定性的に目視でSARS-CoV-2抗原を15分~30分で検出可能です。

Roche



SARS-CoV-2 ラピッド抗原テスト

- ・製造販売元/ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社
- ・貯蔵方法/2~30℃
- ・判定時間/15~30分
- ・検体/鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液
- ・有効期間/24カ月(製造後)
- ・承認番号/30300EZ00011000

1テストあたり
840円
(税抜)

注文コード: **052-690**

25テスト入
1箱 **21,000円**(税抜)

お求めやすい価格にリニューアル!!
新型コロナウイルス抗原を15分で検出。

株式会社タウンズ



イムノエース® SARS-CoV-2 II

- ・製造販売元/株式会社タウンズ
- ・判定時間/~15分
- ※15分より前でも判定部[T]及び[C]の両方にラインが認められた場合には陽性と判定してください。
- ・検体/鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液
- ・有効期間/12カ月(製造後)
- ・承認番号/30300EZ00085000

1テストあたり
10テスト入
1,840円
(税抜)

1テストあたり
60テスト入
1,850円
(税抜)

注文コード: **058-332**

10テスト入
1箱 **18,400円**(税抜)

注文コード: **058-333**

60テスト入
1箱 **111,000円**(税抜)

POINT

検体種により一度の検体採取で別売の下記イムノエースシリーズのウイルス系項目と同時に検査することが可能です。
鼻咽頭ぬぐい液:Flu・アデノ・hMPV・RSV Neo・Flu/RSV
鼻腔ぬぐい液 :Flu

※製品の詳細は各メーカーウェブサイトにてご確認ください。
ご注文は裏面のFAX注文用紙にてご注文可能です。

SARSコロナウイルス抗原キット

富士フィルム独自の高感度検出技術をハンディタイプの抗原検査キットにも採用。

FUJIFILM



- 液体を滴下してから判定まで約11分。
- RT-PCR法との高い陽性一致率の検査を院内で行えます。

富士ドライケム IMMUNO AG ハンディ COVID-19 Ag

- 製造販売元／富士フィルム株式会社
- 貯蔵方法／1～30℃
- 判定時間／約11分
- 検体／鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- 有効期間／12カ月(製造後)
- 承認番号／30300EZX00015000

1テストあたり
2,000円
(税抜)

注文コード: **053-898**

10テスト入
1箱 **20,000円**(税抜)

SARSコロナウイルス抗原キット

ご注文の場合は、
注文箱数をご記入ください。

メーカー名	商品名	注文コード	1箱入数	税抜販売価格	注文箱数
积水メディカル	ラピッドテスト SARS-CoV-2	053-868	10テスト	8,000円	箱
ロシュ	SARS-CoV-2 ラピッド抗原テスト	052-690	25テスト	21,000円	箱
タウンズ	イムノエース® SARS-CoV-2 II	058-332	10テスト	18,400円	箱
		058-333	60テスト	111,000円	箱
富士フィルム	富士ドライケム IMMUNO AG ハンディ COVID-19 Ag	053-898	10テスト	20,000円	箱

ご注文時の注意点

- ※このチラシでご注文いただいた場合、注文合計代金が5,000円以上になりますので送料は無料です。他の商品と合わせてのご注文は出来かねます。
- ※ご注文受付後の返品・キャンセルは出来ませんので予めご了承下さい。
- ※このチラシに掲載している商品は、メーカー在庫状況、ご注文状況によっては発送が遅延する場合がございます。
- ※お荷物の配達日・時間指定は出来ませんので予めご了承下さい。
- ※この用紙にご記入頂いた情報は、当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用しません。

医療機関名				ご担当者		
ご住所						
T E L	()	F A X	()			
医院コード	お申込み日		年 月 日			

MEDICAL SUPPLY

ご注文・お問い合わせは **GoodS** 医療用品カタログ受付窓口まで

ご注文は、カタログ表紙に記載のあるFAX番号までお願いします。